

Hemorragia digestiva de causa poco común

González Núñez R, Pérez Fernández R, Alcoba Vega L, Quiñones Castro R, Villar Lucas C, Cano López VI, Fernández Gundín MJ, Sierra Ausín M, Domínguez Carbajo AB, Jorquera Plaza F.- Servicio de Digestivo. CAULE

Antecedentes personales

- Mujer 37 años
- IDCV diagnosticada en 2005:
 - Síndrome de Evans
 - Linfoma MALT gástrico
 - Gastroparesia
 - Gastritis crónica atrófica con déficit de B12
 - Ingreso en 2017 por úlceras gastroduodenales múltiples secundarias a infección por *Campylobacter jejuni* y sobreinfección por CMV y VEB
- Tratamiento habitual: anticonceptivos orales, pantoprazol, valganciclovir y Fe oral



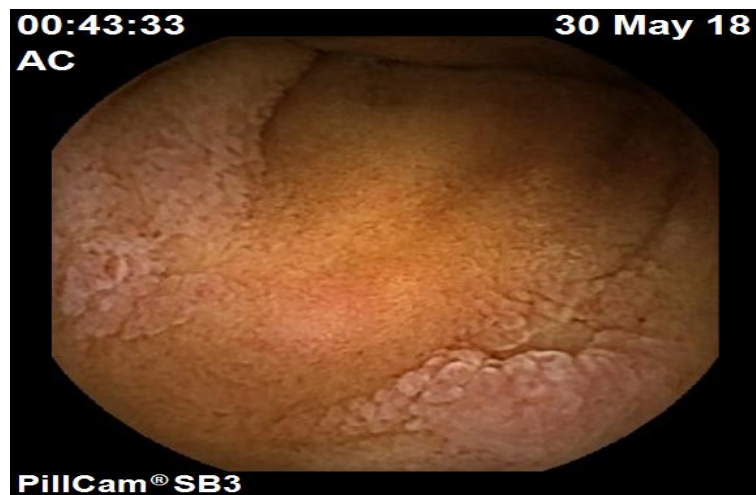
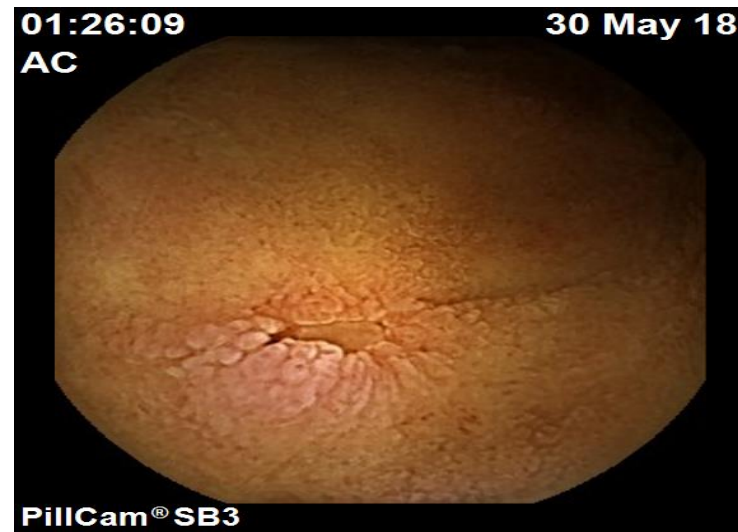
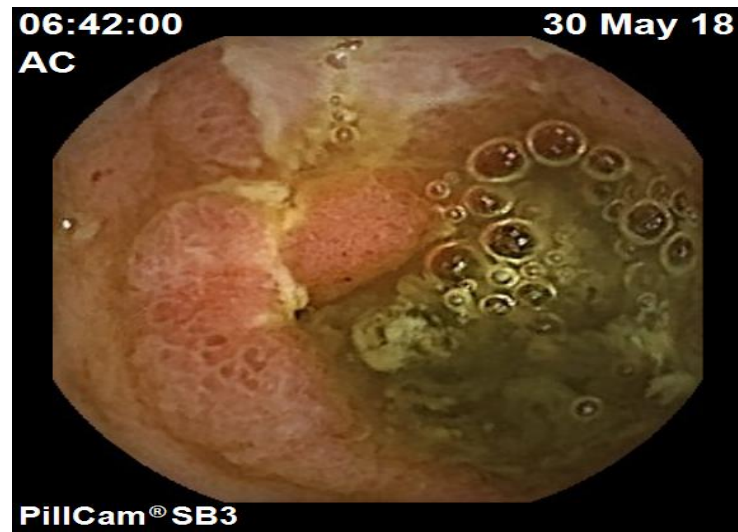
Enfermedad actual

- Mayo de 2018
- *Hemorragia digestiva grave con inestabilidad hemodinámica y anemia que requiere ingreso:*
- Mareo y sudoración de unas horas de evolución.
- Taquicardia (FC 129) e hipotensión (91/63 mmHg)
- Vómito en posos de café y rectomelenas.
- Hb 10,2 -> 7,8 g/ dL
- Gastroscopia: 3 úlceras Forrest III en estómago y una Forrest IIa en duodeno (esclerosis con adrenalina y 2 hemoclips).
- Colonoscopia: válvula ileocecal ulcerada y úlceras con fibrina en íleon distal.

Pruebas complementarias

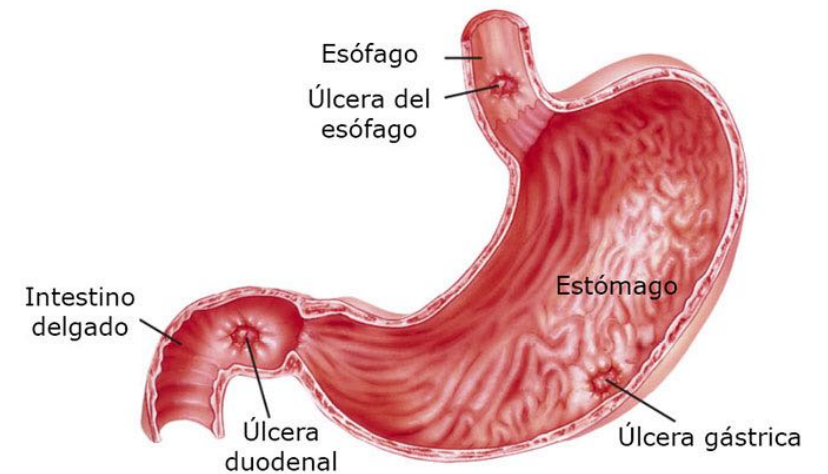
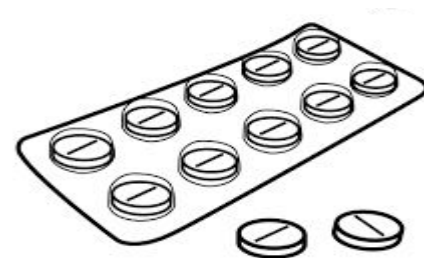
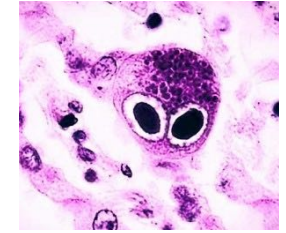
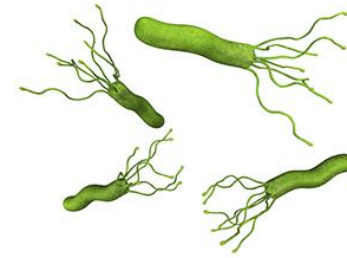
Cápsula endoscópica:

Varias úlceras repartidas en todo el trayecto de intestino delgado.



Diagnóstico diferencial

- Úlcera por *H. pylori*
- Úlceras por AINE
- Infecciones (CMV, *Campylobacter*, TB)
- Neoplasias (linfoma, metástasis)
- Síndrome de Zollinger- Ellison
- Enfermedad de Crohn
- Gastroenteritis eosinofílica
- Vasculitis

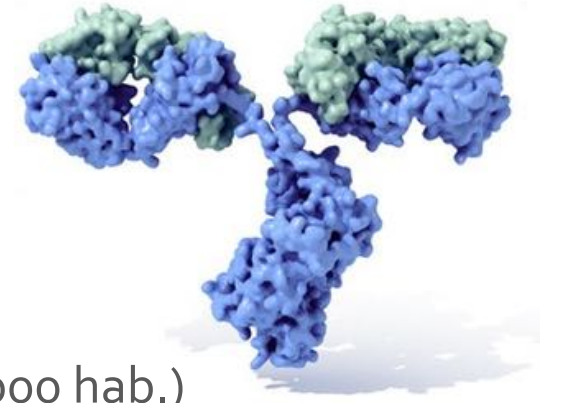


Pruebas complementarias

- A/S normal, salvo anemia.
- Coprocultivos, virus y parásitos en heces negativos.
- Gastrina <10 unidades
- AP antro: signos de ulceración, hiperplasia foveolar, extensa metaplasia intestinal e inflamación crónica activa. No displasia ni malignidad. No se identifica H. pylori.
- AP íleon: mucosa con signos extensos de ulceración, distorsión arquitectural e inflamación crónica activa (cambios tipo EII crónica) en el contexto de IDCV. No se identifican inclusiones víricas. Tinción IHQ CMV -.
- PCR CMV -
- Serología Helicobacter Ig G+, Ig A-.
- Calprotectina fecal > 1200

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TIPO CROHN-LIKE EN EL CONTEXTO DE IDCV

IDCV



- La ID primaria más frecuente en adultos (1:100000 hab.)
- Fallo en células B, disminución de Igs y alteraciones también en linfocitos T y en inmunidad innata.
- Infecciones respiratorias y GI de repetición.
- Dado que el tracto GI es uno de los sistemas con mayor producción de linfocitos y secreción de Ig, las alteraciones de estos pueden derivar en enfermedades inflamatorias del mismo

IDCV y EII

- La hemorragia digestiva grave es una complicación infrecuente en la EII.
- El 60% de las IDCV no tratadas presenta diarrea crónica.
- Inflamación intestinal entre el 2 y el 13% de los casos.
- EII en el 3,2% .
- El tratamiento de la IDCV, admón de Igs, no siempre es suficiente para el control de las afecciones GI.

Tratamiento

- Tratamiento inicial:
 - Medidas de soporte (sueroterapia, 4 CH)
 - IBP a doble dosis
 - Inmunoglobulinas
 - Ganciclovir IV
 - Fe IV
- Tras el diagnóstico:
 - Corticoides ya habían sido empleados sin respuesta.
 - No anti-TNF o tiopurínicos por AP de cáncer.
 - No vedolizumab por infecciones de repetición y linfoma intestinal previo (biológico con selectividad intestinal).
 - USTEKINUMAB:
 - Anticuerpo monoclonal anti- IL12-23
 - 260 mg IV como inducción y mantenimiento con 90 mg sc cada 8 semanas.
 - Buena evolución posterior y alta.

Seguimiento

- Tras 12 meses:
 - Continúa con ustekinumab 90 mg sc/ 8 semanas.
 - No nuevos brotes.
 - Ha ganado 12 kg.
 - CF <250
 - Endoscopias de control: lesiones resueltas.

GRACIAS

